Lane Medical Library

Zur

Diagnose des Ascites nebst einem Beitrage zur Kenntniss der durch tuberculöse Ulcerationen bewirkten Darmstenosen.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 23. December 1880

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Otto Marsch

aus Potsdam.

OPPONENTEN:

Dr. med. R. Gerstacker.
Dr. med. E. Hampe.
Cand. med. A. Bliedung.

BERLIN

BUCHDRUCKEREI VON GUSTAV LANGE (PAUL LANGE)

Friedrich-Strasse 103.

Dem Andenken

seines theuren Vaters

in dankbarer Erinnerung

gewidmet

vom Verfasser.

Die Diagnose der Ansammlung von freier Flüssigkeit im Peritonealsack — sei es, dass dieselbe rein transsudativer Natur oder das Product einer Entzündung (Exsudat) ohne Bildung von Adhäsionen sei — gilt gemeiniglich als eine sehr leichte. In der That sind die bekannten physicalischen Phänomene des gedämpften Percussionsschalles, des Schallwechsels bei Lageveränderung des Kranken, der Fluctuation, in ihrer Einfachheit so überzeugend, dass, wenn sie gleichzeitig vorhanden sind, und anamnestisch entzündliche Reizungen des Bauchfelles oder Circulationsstörungen im Gebiet der Pfortader und der Vena cava vorauszusetzen sind, — wir sehen hier von den durch das Herz und die Lungen gesetzten Kreislaufhindernissen ab, die auch zu allgemeinem Hydrops führen — die Annahme einer freien Flüssigkeitsansammlung im Cavum abdominis meistens gerechtfertigt erscheint.

Trotzdem können Fälle eintreten, wo Erkrankungen einzelner Unterleibsorgane den Ascites auf das Entschiedenste vortäuschen.

Die Lehrbücher heben daher die Differentialdiagnose zwischen Ascites und Hydrops ovarii hervor. Als diagnostisches Kriterium wird das Ergebniss der Percussion angegeben, „indem der Wechsel des Percussionsschalles je nach den Stellungen der Kranken,

der für den Ascites so wichtig ist, beim Hydrops Ovarii fehlt".[1]) Entscheidend ist in solchen Fällen die Untersuchung per vaginam und per rectum, von wo aus die Kyste als ein elastischer Tumor zu fühlen ist. Wie jedoch, wenn die Untersuchung per vaginam unmöglich ist?

Henoch[2]) beschreibt einen solchen Fall, wo sich bei einem 20jährigen Mädchen ein Jahr nach dem Eintritte der Katamenien eine allmählich zunehmende Anschwellung des Unterleibes ohne Oedeme der unteren Extremitäten eingestellt hatte, und „trotz der sorgfältigsten Untersuchung in keinem Organe des Unterleibes noch der Brust eine krankhafte Veränderung sich wahrnehmen liess, auf welche man die Wasseransammlung in der Bauchhöhle, die sich entschieden als Ascites aussprach, hätte beziehen können; zur inneren Untersuchung per vaginam und per rectum wollte sich die jungfräuliche Kranke durchaus nicht entschliessen."

Die Section erwies den diagnostischen Irrthum. Man hatte durch die Punction nicht den Bauchfellsack, sondern die durch Flüssigkeit enorm ausgedehnte äussere Hülle des kystisch degenerirten Ovariums entlastet, welche die Geschwulst im Unterleibe intra vitam gebildet hatte; das Ovarium selbst war im kleinen Becken gelagert. „Vermöge seiner lockeren Befestigung konnte der wassergefüllte Sack je nach der Lage der Kranken dem Gesetze der Schwere folgen, eine Er-

[1]) Henoch, Klinik der Unterleibskrankheiten, pag. 719.
[2]) Ibid. pag. 721.

scheinung, die bei Sackwassersuchten sonst nicht vorzukommen pflegt."

So erklärten in diesem Falle die besonderen anatomischen Verhältnisse der frei in der Bauchhöhle beweglichen, prall mit Flüssigkeit gefüllten Kyste, welche der Bauchwand vollkommen anlag, die Annahme eines freien Ascites intra vitam.

Ausser der hydropischen Erkrankung des Eierstockes können nun aber auch destructive Processe im Darmcanal, speciell im Dünndarm, unter gewissen Bedingungen zur irrthümlichen Diagnose des Ascites führen. Mögen solche Fälle auch zu den seltenen zählen, so sind sie doch in hohem Grade lehrreich und ihre Würdigung ist vielleicht deswegen nicht unnütz, weil in der Literatur bislang kein Gewicht auf dergleichen eigenartige Zustände gelegt ist.

Mir stehen durch die gütige Ueberlassung der betreffenden Krankengeschichten von Seiten des Herrn Dr. Litten, erstem Assistenten an der medicinischen Universitätsklinik des Herrn Geh. Obermedicinalraths Prof. Dr. Frerichs, welchem ich meinen ergebensten Dank auch für die freundliche Anregung zu dieser Arbeit hier auszusprechen nicht verabsäume, zwei analoge Fälle von Enterophthisis tuberculosa zur Verfügung, die sowohl einen wichtigen Beitrag liefern zur Kenntniss der durch schwere Ulcerationsprocesse im Darm veranlassten Schwierigkeiten in der klinischen Diagnose, als auch durch ihren Verlauf und den characteristischen Sectionsbefund von grösstem Interesse sind.

Der erste Fall, den ich in der Zeit, wo ich als

Unterarzt auf der betreffenden Abtheilung der Kgl. Charité fungirte, selbst zu beobachten Gelegenheit hatte, betrifft den 25jährigen Malergesellen Christoph J., der mit Ausnahme eines vor 11 Jahren überstandenen Intermittens bis vor 8 Monaten stets gesund gewesen sein will. Im Frühjahr dieses Jahres fing der Mann an über Durchfall und anhaltenden Leibschmerz zu klagen, wobei er seine Beschäftigung als Maler noch fortsetzte; Steigerung dieser Beschwerden führte den Kranken jedoch nach einigen Wochen in das Spital zu Würzburg. Hier wurde er angeblich an Bleikolik behandelt, Heilung aber nicht erzielt: die profusen Diarrhöen und der permanente Schmerz im Leibe bestanden nach wie vor, als Patient, aus dem Krankenhause entlassen, wieder seiner Arbeit nachging. Im September musste er jedoch dieselbe aufgeben, da grosse Hinfälligkeit und Mattigkeit ihn dazu zwangen.

Seit jener Zeit bemerkte der Kranke eine starke Abmagerung; bald stellte sich Husten mit geringem eitrigen Auswurf ein, auch begann gleichzeitig der Leib anzuschwellen.

Specifische Infection ebensowie Abusus spirituosorum wird in Abrede gestellt.

In diesem Zustande kam Patient am 26. October dieses Jahres zur Klinik, wo sich folgender Status praesens ergab:

Mittelgrosses Individuum von schwächlichem Knochenbau, sehr stark abgemagerter Musculatur, Fettpolster fast ganz geschwunden. Gesicht eingefallen, Lippen und Wangen leicht cyanotisch, Gesichtsausdruck leidend,

Blick etwas ängstlich. Haut am übrigen Körper trocken, am Rumpf von normaler Färbung; an den Extremitäten findet sich ein unregelmässig verbreitetes bräunliches, fleckiges Exanthem — angeblich der Rest einer alten Scabies — keine Oedeme. Temperatur in der Achselhöhle anscheinend subnormal. Drüsenschwellungen nicht vorhanden. Puls 96, klein, Pulswelle niedrig, Radialarterie eng, von geringer Spannung. Thorax oben in seinem Breitendurchmesser beträchtlich verkürzt, etwas abgeflacht, in seinen unteren Partieen, namentlich links, compensatorisch ausgedehnt; die Intercostalräume beiderseits werden bei der Inspiration stark eingezogen, rechts etwas mehr, als links. Claviculae stark prominent, Fossae supraclaviculares tief eingesunken. Respiration 20 in der Minute, Athemtypus vorwiegend costal.

Die Leberdämpfung beginnt in der Mammillarlinie am oberen Rande der sechsten Rippe und reicht nach abwärts bis zum freien Rippenrande. Die Herzdämpfung erstreckt sich von der Mitte des dritten Intercostalraumes bis zu dem medianwärts von der Linea mammillaris im fünften Intercostalraum schwach fühlbaren Spitzenstoss; nach rechts bildet die Dämpfungslinie der linke Sternalrand. Die Herztöne sind schwach, aber rein.

Die Percussion ergiebt V. R. in der fossa supraclavicularis mässig gedämpften Schall, der, an Intensität abnehmend, sich bis zur dritten Rippe verfolgen lässt. V. L. normaler Lungenschall. In der Fossa supraclavicularis dextra unbestimmtes In- und bronchiales Ex-

spirium, zahlreiche, mittelgross-blasige, feuchte Rasselgeräusche, Bronchophonie. Dieselben Phänomene sind nach abwärts im Bereich der Dämpfung, jedoch in geringerer Intensität, wahrnehmbar; ausserdem hört man stellenweise pleuritisches Schaben. L. V. abgeschwächtes Vesiculär-Athmen, vereinzelte feuchte Rhonchi.

Die Inspection des Rückens lässt eine starke Kyphoscoliosis lumbodorsalis dextra als Ursache der seitlichen Hervorwölbung der untersten vier Rippen beiderseits erkennen, welche in der vorderen Axillarlinie mit mässiger Verkleinerung der Zwischenrippenräume gleichsam dachziegelförmig über einander geschoben sind. H. R. keine Dämpfung; auscultatorisch ist stellenweise abgeschwächtes Vesiculär-Athmen und pleuritisches Schaben nachweisbar. H. L. beginnt vom Angulus scapulae abwärts eine totale Dämpfung, in deren Bereich kein Athmungsgeräusch gehört wird; der Pectoralfremitus ist hier stark abgeschwächt. Seitlich und vorn ist die Fortsetzung der Dämpfungslinie wegen der Verbildung des Thorax nicht abzugrenzen.

Das Abdomen ist mässig kugelig aufgetrieben und erscheint ziemlich prall gespannt. Die Percussion in der Rückenlage des Patienten, welche fast durchweg sehr schmerzhaft ist, liefert im Mesogastrio einen hellen tympanitischen Schall, der jedoch bereits ca. 5 cm. über dem Nabel einem dumpfen Schalle weicht, um vom Nabel an abwärts in völlig gedämpften Schenkelton überzugehen. Die Dämpfungslinie ist derart, dass sich dieselbe vom rechten Hyphondrio abwärts leicht bogen-

förmig in das Mesogastrium erstreckt, wo sie, in einer stärkeren, nach unten convexen Krümmung den Nabel schneidet, um in der linken Bauchhälfte symmetrisch in das linke Hypochondrium aufzusteigen. Wird der Kranke auf die rechte Seite gelagert, so hellt sich auf der linken der Percussionston auf, während er auf der rechten Seite total gedämpft ist, und umgekehrt. Das Gefühl der Fluctuation ist in der ganzen unteren Bauchhälfte exquisit deutlich.

Die Milzdämpfung ist nicht nachweisbar.

Der Stuhl ist lehmfarben, wässrig dünn; er enthält keine Beimengungen pathologischer Art. Der Urin, welcher in normaler Menge frei gelassen wird, ist klar, von blassgelber Farbe, reagirt sauer und lässt in der Siedhitze keinen Niederschlag fallen.

Die Klagen des Patienten beziehen sich auf grosse Mattigkeit, anhaltenden, auf Druck gesteigerten Leibschmerz, der sich namentlich vor dem Eintritt der häufigen, diarrhoeischen Stühle kolikartig steigern soll, und auf mässigen Husten. Es wird ein spärliches, lufthaltiges, schleimigeitriges Sputum expectorirt.

Ueber die Diagnose konnte man nicht wohl im Zweifel sein: es handelt sich hier in erster Linie um eine chronische tuberculöse Erkrankung des Peritoneums, welche zu Ascites geführt hat; wahrscheinlich sind auch tuberculöse Darmgeschwüre vorhanden, soweit die anhaltenden Diarrhöen diese Annahme rechtfertigen.[3]) Ausserdem besteht eine Infiltration des

[3]) Leube, Krankheiten des Darmes, in v. Ziemssen's Handbuch VII., 2., pag. 297.

rechten oberen und mittleren Lungenlappens und ein Erguss im linken Pleurasack.

Ordin.: Dec. cort. Chinae 8,0 : 100,0
Vini rubri . . . 100,0

im weiteren Verlaufe

Extracti ligni Campechiani 8,0 : 200,0
und Tinct. Opii thebaic.
3 × tägl. 10 Tropfen.

Der Krankheitsverlauf war kurz folgender:

27/X. T. Mrgs. 36,0. Abds. 36,3.

Pat. hat wenig geschlafen. Gegen Morgen sind unter kolikartigen Schmerzen zwei Stühle von der beschriebenen Beschaffenheit erfolgt.

Grosse Mattigkeit. Husten mässig, mit spärlichem Sputum.

28/X. T. Mrgs. 35,7. Abds, 37,0.

Schlaf gering. Gestern Abend und heut in der Frühe je ein wässriger, gelbbrauner Stuhl. Leibschmerz dauert in mässiger Intensität fort.

29/X. T. Mrgs. 35,6. Abds. 36,8.

Schlaf leidlich gut. Diarrhoe und Leibschmerz bestehen fort. Husten gering.

30/X. T. Mrgs. 34,5. Abds. 37,7.

Gegen Morgen zwei wässrige, lehmfarbene Stühle unter heftigen Schmerzen. Pat. klagt über grosse Mattigkeit und gänzlichen Mangel der Esslust.

31/X. T. Mrgs. 34,8. Abds. 38,0.

Schlaf gering. Gestern Abend zwei, heut Morgen ein dünner Stuhl. Mattigkeit nimmt zu.

Ordin. Morphii muriat. 0,005
abendlich 1 Pille.

1/XI. T. Mrgs. 38,2. Abds. 38,3.

Nachts mässiger Schweiss. Diarrhoe und Leibschmerz sind nicht stärker geworden. Dagegen klagt der Kranke über Schmerzen auf beiden Fussrücken; letztere nicht ödematös.

2/XI. T. Mrgs. 34,5. Abds. 37,3.

Pat. ist nach einer schlaflosen Nacht, in der sich gegen Morgen zwei wässrige Stühle eingestellt haben, sehr erschöpft. Die Schmerzen in den Beinen strahlen von den Fussrücken nach den Knieen aus. Aeusserlich sind keine Veränderungen, namentlich keine Oedeme wahrnehmbar.

Ordin. Morph. muriat. 0,01.

3/XI. T. Mrgs. 32,4. Abds. 37,5.

Schlaf leidlich. In der Nacht starker Schweiss. Nach Mitternacht vier dünne Stühle. Die Schmerzen in den Unterschenkeln fast verschwunden. Husten sehr gering. Sputum ca. einen Theelöffel voll, zähe, lufthaltig, schleimigeitrig.

4/XI. T. Mrgs. 34,2. Abds. 36,3.

Pat. klagt über grosse Hitze in der Nacht, er ist sehr erschöpft und verfallen. Esslust völlig geschwunden. Nachts drei wässrige, lehmfarbene Stühle unter mässigen Schmerzen, sonst der Leibschmerz gering.

5/XI. T. Mrgs. 34,4. Abds. 37,3.

Wiederum starker Nachtschweiss. Der Durchfall etwas geringer. Pat. schläft sehr viel und ist vollkommen apathisch.

6/XI. T. Mrgs. 33,2.

Pat. ist moribund.

Der Exitus erfolgt gegen 1 Uhr NM.

Obductionsbericht

der am 8. November von Dr. Israel ausgeführten Obduction.

Mittelgrosser, sehr schwächlich gebauter, stark abgemagerter männlicher Leichnam. Unterhautfettgewebe total geschwunden, Musculatur sehr dürftig, gelb gefärbt. Der Stand des Zwerchfells entspricht rechts dem oberen, links dem unteren Rande der IV. Rippe. In der linken Pleura befinden sich ca. 500 Cbkm. klarer, leicht gelblich gefärbter Flüssigkeit mit einzelnen Fibrinflocken. Die linke Lunge ist durch geringe, die rechte durch derbe Adhäsionen mit der Rippenpleura verwachsen. Der Herzbeutel enthält etwas vermehrte pericardiale Flüssigkeit, das subpericardiale Fettgewebe sehr atrophisch. Musculatur des Herzens sehr dürftig, im linken Ventrikel leicht, im rechten stark bräunlich gefärbt; Endocard überall intact.

Der linke Unterlappen, sowie die Costal- und Diaphragmalpleura ist mit sehr reichlichen, stellenweise netzartig angeordneten Fibringerinnseln bedeckt; der Unterlappen zum grössten Theil, der Oberlappen in geringerer Ausdehnung atelectatisch. Das Organ im Ganzen von geringem Blutgehalt und mässiger Pigmentirung. Die rechte Hälfte des Diaphragma sowohl mit dem Unterlappen der rechten Lunge, als auch mit dem Leber-

überzuge durch feste Bindegewebsmassen verwachsen. Die rechte Lunge im Allgemeinen durchweg luftartig. Ueber alle drei Lappen vertheilt, am stärksten aber im Oberlappen, finden sich ausgedehnte peribronchitische fibröse Processe und geringfügige käsige bronchitische Veränderungen ohne Höhlenbildung.

Die linke Tonsille sehr stark geschwollen, im Uebrigen die Halsorgane sehr blass, ohne Veränderung.

Das Abdomen ist mässig aufgetrieben, bei seiner Eröffnung sind die normal gelagerten Darmschlingen theilweise ziemlich stark mit Luft ausgedehnt und stark glänzend; im Peritonealsack findet sich eine minimale Quantität freier Flüssigkeit.

Der Dünndarm zeigt in seinem unteren Theile sechs hochgradige Verengerungen, etwa in einem Abstande von $^1/_4$—$^1/_2$ Meter, zwischen denen der Darm zu fünf schlauchförmigen Gebilden ausgeweitet ist; letztere sind durch flüssige, lehmfarbige Massen, welche sich in grosser Quantität vorfinden, stark aufgetrieben. An den Stenosen erscheint die Serosa reichlich mit submiliaren Tuberkeln besetzt. Den Verengerungen entsprechen ringförmige Geschwüre der Darmschleimhaut, dazwischen ist die Schleimhaut in sämmtlichen Schichten sclerotisch verdickt. Das erste ringförmige Geschwür sitzt ca. 2 Meter vor dem Beginn des Ileum; während der Darm oberhalb desselben bis auf 11 cm. ausgedehnt ist, misst die Schleimhaut an der Stricturstelle 2 cm. Die Dicke der Wandschichten des Darmes beläuft sich an diesen Stellen bis auf 1 cm. Der grösste Theil der Stenose

ist narbig, in ihrer Umgebung findet sich eine reichliche Anzahl von Geschwüren, in deren Nähe die Schleimhaut stark proliferirt ist. Ausser den stenosirenden Geschwüren sind noch grosse und kleine, exquisit tuberculöse Geschwüre in den dilatirten Darmtheilen vorhanden.

Der Beginn des Coecum zeigt ein den übrigen analoges Geschwür.

Das Colon ist im Uebrigen intact bis auf grosse Blässe und schlaffe Schwellung der Schleimhaut im oberen Theile, die hier stellenweise mässig geröthet erscheint.

Die Nieren klein, Kapsel glatt abziehbar, darunter Reste der Renculi erkennbar, im Ganzen von mittlerem Blutgehalt. In dem rechten Nierenbecken findet sich ein kleines, unregelmässig geformtes Concrement von theils schwarzer, theils gelblich grauer Farbe und derber Consistenz.

Blase stark ausgedehnt, enthält reichlichen weingelben Urin.

Die Leber verhältnissmässig klein, ist von brauner Farbe und zeigt auf der Oberfläche zahlreiche submiliare Tuberkeln.

Diagnose: Enterophthisis tuberculosa. Pleuritis chronica deformans et tuberculosa recens sinistra. Bronchitis et Peribronchitis chronica caseosa. Ulcera tuberculosa annularia ilei. Stricturae, Dilatationes et Hypertrophia ilei.

Epikrise.

Der vorliegende Krankheitsfall ist nun in mehrfacher Beziehung sehr lehrreich und von grossem In-

teresse. Zunächst mag als Ergänzung zum Sectionsbericht noch folgende Beobachtung hervorgehoben werden.

Nach Entfernung der oberflächlich gelagerten normalen Darmschlingen boten nämlich die im Bericht geschilderten dilatirten Darmpartieen den Anblick, als habe man es mit mehreren Mägen zu thun, welche, an ihrem Ende — genau so wie dies bei Pyloruskrebs vorkommt — hochgradig verengt, in der Mitte zwei Ausbuchtungen, gleichsam eine obere und untere Curvatur aufwiesen, und theils eng aneinander, theils übereinander gelagert waren. Hob man oberhalb der ersten Stenose das Darmstück in die Höhe, so zeigte sich letzteres als aus fünf stark sackförmig erweiterten Partieen zusammengesetzt, welche, wie an einer Schnur aufgeknüpft, einander folgten, und zwischen denen durchaus keine sonstige pathologische Verwachsung oder Verklebung bestand. Diese Säcke waren also auch im Leben, ebenso wie die Ovarialkyste im oben erwähnten Henoch'schen Falle, vollkommen frei beweglich in der Bauchhöhle gelagert gewesen.

Vergegenwärtigen wir uns nun, dass diese weiten sackartigen Gebilde mit jenen flüssigen, lehmfarbenen Massen, welche im Leben als Stuhl abgegangen waren und sich noch bei der Obduction in reichlicher Quantität vorfanden, gefüllt waren, so musste überall da, wo sie der Bauchwand anlagen, sich eine intensive Dämpfung des Percussionstones kund geben. Vermöge ihrer völlig freien Beweglichkeit folgten die Schläuche bei Lageveränderung des Kranken dem Gesetz der

Schwere und fielen nach der tiefer gelegenen Bauchseite hinüber, so dass sie die mit Gas erfüllten Schlingen des übrigen Darmes nach der höher gelegenen Seite hinaufdrängten. Hierdurch wurde der Schallwechsel bewirkt. Dass endlich die mit ihren dünnen Wänden hart an einander liegenden und mit Flüssigkeit erfüllten Säcke Fluctuation erzeugen konnten, liegt auf der Hand. So kam im Leben das Bild des Ascites zu Stande, als dessen ursächliches Moment dem ganzen Krankheitsverlauf nach mit Recht eine Tuberculose des Peritoneums angesehen werden musste, welche zu einem mässig reichlichen, in der Bauchhöhle frei beweglichen, serösen Exsudat geführt habe.[4])

Die Section erwies dagegen das Vorhandensein ausgedehnter tuberculöser Ulcerationsprocesse im Darmcanal. Wie konnten dieselben der sicheren klinischen Diagnose entgehen?[5])

Unser Fall ist in dieser Beziehung eine glänzende Bestätigung der Worte Leube's[6]), mit denen er seine Besprechung der Symptomatologie der Darmgeschwüre einleitet:

„Die klinischen Erscheinungen, welche durch einen im Darm entstandenen Ulcerationsprocess hervorgerufen werden, sind keineswegs characteristisch, und bleibt dementsprechend, so lange nicht die Geschwüre der

[4]) Bauer, Tuberculose des Peritoneums, in v. Ziemssen's Handbuch VIII, 2. pag. 423.

[5]) Vergl. oben pag. 13.

[6]) Leube, Krankheiten des Darmes, in v. Ziemssen's Handbuch VII, 2. pag. 297.

Untersuchung direct zugänglich sind, oder unzweideutige Folgeerscheinungen schwerer Art, vor Allem die Perforation des Geschwüres in die Peritonealhöhle, im Krankheitsbilde auftreten, die Diagnose der Darmgeschwüre fast ausnahmslos unsicher und erhebt sich kaum über das Niveau der blossen Vermuthung. Man darf sich daher nicht wundern, wenn bei den Obductionen Geschwüre im Darm gefunden werden, welche während des Lebens keine Symptome veranlasst hatten, und umgekehrt wird man fehl gehen, wenn man bei Krankheiten, welche mit Darmgeschwüren einhergehen, wie Typhus, Lungentuberculose, von dem Entwicklungsgrad eines bestimmten, dem Darm angehörigen, während des Lebens bestehende Symptomes, wie dies gewöhnlich mit der Diarrhoe geschieht, auf den Entwicklungsgrad der Ulcerationen im Darm einen Rückschluss macht."

Die Diarrhöen bei Darmtuberculose sind eben nicht der Ausdruck der Geschwüre selbst, sondern „sie rühren von dem in grösserer Ausdehnung begleitenden Catarrh der Schleimhaut her".[7])

Wenn man auf die Schmerzen, welche durch Darmulcerationen hervorgerufen werden und die Diarrhöen begleiten, diagnostisch Gewicht legen will, so bietet unser Fall dafür ein typisches Bild. Und namentlich waren es die kolikartigen Schmerzen, welche den Kranken vor und während der meist in den Morgenstunden erfolgten Stuhlausleerungen quälten, die von

[7]) Henoch, Klinik der Unterleibskrankheiten, pag 603

den Autoren als characteristisch für Geschwürsprocesse im Darmkanal angegeben werden.

Die Annahme einer Darmtuberculose konnte in dem vorliegenden Falle auch deswegen keine sichere sein, weil die Stühle nicht die von den Autoren vielfach angegebene Beschaffenheit hatten. Es war weder Blut noch Eiter im Stuhl, auch enthielt derselbe nicht jene froschlaichartigen oder gekochten Sagokörnern ähnlichen, durchsichtigen Schleimklümpchen, auf deren Vorkommen bei tuberculöser Enterophthise Bamberger besonders aufmerksam gemacht hat.

Jedenfalls handelt es sich in dem beschriebenen Falle um eine beim Erwachsenen so seltene primäre Enterophthisis tuberculosa. Das beweist sowohl der ganze Verlauf der Krankheit, die seit acht Monaten intensiv bestehenden Darmerscheinungen gegenüber den wenig ausgeprägten Krankheitssymptomen von Seiten der Lungen, als auch besonders der Obductionsbefund. Die bedeutende Ausdehnung der tuberculösen Ringgeschwüre und die aus verheilten alten Ulcerationen entstandenen narbigen Stenosen des erkrankten Dünndarmabschnittes gehören zweifellos einer sehr viel früheren Zeit an, als die geringfügigen käsigen Processe in der rechten Lunge, die noch nicht einmal zu Höhlenbildungen geführt hatten. Vervollständigt wurde das Bild der Enterophthise bei unserem Kranken, abgesehen von den gleichzeitig bestehenden chronischen Verdichtungserscheinungen in den Lungen, durch die schwere Alteration des Allgemeinbefindens: die Macies und Erschöpfung schritten unaufhaltsam

fort, Hand in Hand mit einem ausgesprochen hectischen Fieber und profusen Nachtschweissen.

Abweichungen von dem gewöhnlichen Ausgang der Darmtuberculose waren jedoch in der Participirung des Bauchfelles an dem Process und vielleicht in dem Verhalten der tiefen Geschwüre selbst vorhanden, die weder zu Darmblutungen geführt hatten, noch in die Peritonealhöhle perforirt waren.

„In den Leichen von erwachsenen Phthisikern, sagt Henoch[8]), trifft man sehr oft eine weit verbreitete tuberculöse Peritonitis chronica an, Verklebungen der Därme unter einander oder mit anderen Unterleibsorganen und mit den Bauchdecken, tuberculöse Granulationen auf den serösen Ueberzügen der Organe oder in den Falten des Peritoneums, mehr oder weniger flüssiges Exsudat.“ Von einer Peritonitis tuberculosa mit ihren Entzündungsproducten war im vorliegenden Falle keine Spur vorhanden; wol aber fand sich eine Tuberculose des Bauchfells vor, welche ausserdem durch ihre geringe Intensität und Ausbreitung zeigt, wie lange Zeit die schwersten Processe auf den Darm beschränkt bleiben können.

Endlich sei noch der durch die enorme Enge von 2 cm im Lumen ausgezeichneten Stenosen des Dünndarmes selbst gedacht, ein nach Leichtenstern[9]) höchst seltener Befund.

[8]) Henoch, ibid. pag. 709.

[9]) Leichtenstern; Verengerungen, Verschliessungen und Lageveränderungen des Darms, in v. Ziemssen's Handbuch VII, 1. 6.

Die Gefahren, welche so erhebliche, durch die Heilung tuberculöser Geschwüre entstandene Verengerungen des Darmes im Leben mit sich bringen können, und auf die wegen der grossen Seltenheit der Affection bislang von den Autoren — soweit mir die einschlägige Literatur zur Verfügung steht — kein Gewicht gelegt ist, zeigt der zweite Fall, der hier noch zur kurzen Besprechung kommen soll.

Marie L., eine 45jährige Schneiderfrau, welche dreimal normal geboren hat und vor neun Jahren die Pocken überstand, klagt seit etwa 5/4 Jahren über anhaltende Diarrhoe und „Unruhe im Leibe“ neben gänzlicher Appetitlosigkeit. Vor sechs Monaten stellte sich wiederholt Kotherbrechen ein, und ist seit dieser Zeit der Leib erheblich aufgetrieben. Die Kräfte schwanden mehr und mehr und die Kranke magerte stark ab. Seit einigen Wochen bestehen kolikartige Schmerzen im Leibe und mässiger Husten mit schleimigeitrigem Auswurf. Am 7./III. 79 suchte die Patientin Hülfe in der Anstalt.

Sie ist eine sehr anämische Frau von kleiner Statur, gracilem Knochenbau und geringer Musculatur; das Fettpolster ist fast völlig geschwunden. Der Bauch, mit silberglänzenden Schwangerschaftsnarben bedeckt, und in mässigem Grade meteoristisch aufgetrieben, zeigt im linken Hypochondrio einen sich bis in die linke Regio infraumbilicalis erstreckende, über der Oberfläche um ca. 2 cm prominirende Stelle, wo die Percussion sehr schmerzhaft ist. Daselbst besteht leicht gedämpfter tympanitischer Schall. Die rechte Bauch-

hälfte ist völlig indolent. — Ueber beiden Lungenspitzen werden physicalisch die Phänomene der chronischen Verdichtung des Gewebes wahrgenommen.

Im weiteren Verlauf der Krankheit entwickelte sich der Symptomencomplex der mit tuberculöser Peritonitis verbundenen Enterophthise: profuse Diarrhoeen, anhaltender Leibschmerz, stetiger Kräfteverfall bei hectischem Fieber und Nachtschweissen. Besondere Aufmerksamkeit, vorzugsweise in Hinsicht auf die Therapie, erregte die periodische Verschliessung der durch die tuberculösen Geschwüre und die gleichzeitig constringirende Peritonitis an den Geschwürsstellen bewirkten Darmstenosen, welche, wie die Section lehrte, als ursächliches Moment des Meteorismus, ins Besondere der in der linken Bauchhälfte bestehenden Auftreibung des Leibes angesprochen werden mussten.

Die Krankengeschichte berichtet vom 12. März: „Stuhl ziemlich dünn. Nach dem Genuss von Speisen wird der Leib erheblich ausgedehnt. Die Kranke hat das Gefühl, wie wenn der Darm eine Strictur besässe.“ Ein am Nachmittag einsetzender mässiger Frost wurde von einem Fieber von 38,3° C. gefolgt.

Als am nächsten Tage, trotzdem Stuhl erfolgt war, der hochgradige Meteorismus fortbestand und sich wieder heftiger Schmerz nach dem Genuss flüssiger Speisen einstellte, wurden Klysmata von

Inf. fol. Tabaci 2,0 : 200,0

S. zu zwei Klystieren

verabreicht, die der Patientin wesentliche Erleichterung verschafften und den Meteorismus verringerten. Nach

vier Tagen jedoch war der Leib und namentlich das linke Hypochondrium wieder bedeutend vorgetrieben, und die oben erwähnten Beschwerden bestanden von Neuem in hohem Grade. Der innerliche Gebrauch von

Extr. Rhei comp. 2,0
Extr. Strychni spirituosi 0,3
pil. XXX, Morgens und Abends 1 Pille,

und wiederholte Tabackklystiere, welche zuweilen Schwindelgefühl hervorriefen, bewirkten nur geringe Darmentleerungen. Am 21./III. stellten sich heftige Leibschmerzen ein, die von nun ab sehr intensiv anhielten, auch die phthisischen Erscheinungen von Seiten der Lungen traten jetzt mehr in den Vordergrund. Wiederholtes Erbrechen theils grünlichgrauer, theils röthlichgelber, wässrigdünner, fäculenter Massen neben permanenten starken Leibschmerzen vervollständigten das Bild des Ileus und der Peritonitis. Am 26./III. zeigte sich ein Oedem zunächst der linken, bald darauf auch der rechten unteren Extremität. Husten und Auswurf nahmen trotz der Darreichung von Expectorantien zu, und Nachts erfolgte ungeachtet des Gebrauches von Morphium nur sehr wenig Schlaf. So wurde der Collaps allmählich eingeleitet. Am 30./III. enthielt der Urin geringe Mengen Indican, die bis zum 3./IV. nachweisbar waren. Symptome einer Darmverschliessung traten nicht wieder auf, im Gegentheil erfolgten täglich mehrere wässrigdünne Stühle.

Am 6./IV. starb die Kranke.

Das Ergebniss der am 7./IV. von Dr. Grawitz ausgeführten Obduction sei hier nur in seinen Haupttheilen berichtet.

Im Gehirn zeigt sich an der Spitze des rechten Schläfenlappens eine linsengrosse, rothbraune flache Erweichungsstelle der Rinde, welche das Resultat einer am 19./III. erlittenen Contusion an der Stirn ist.

Das Herz ist dünn in seiner Musculatur, letztere von fahlgrauem Aussehn. Das Endocard ist reichlich verdickt; der Rand der Mitralis sowohl, als einzelne Sehnenfäden sind ebenfalls in verdickte Stränge umgewandelt.

Die beiden Lungen sind an der Spitze leicht adhärent, ihr Parenchym daselbst ist grösstentheils schiefrig verdichtet, von dunkel schwarzgrünlichem Aussehn, und mit eingestreuten stecknadelknopf- bis erbsengrossen Käseherden durchsetzt, welche vielfach im Centrum geschmolzen sind. Die Umgebung ist lufthaltig und weist einzelne verdickte, indurirte Bronchialquerschnitte auf. Beide Unterlappen sind von mittlerem Blut- und Luftgehalt, nur an einzelnen Stellen der Peripherie finden sich scharf umschriebene schiefrig-indurirte Gewebsherde.

Nieren, Milz und Leber zeigen die Veränderungen leichter Atrophie.

Beim Ablösen des Darmes findet sich in der flexura hepatica und am oberen Beckeneingang je ein abgekapselter, mit zähem, gelbem Eiter gefüllter Abscess, nach dessen Entleerung man an den entsprechenden Stellen schon äusserlich schiefrige und narbige Veränderungen der Darmserosa wahrnimmt. Innerhalb der schiefrigen Partieen erscheinen sehr zahlreiche, meist mehr als stecknadelknopfgrosse, derbe Käseknoten.

Im oberen Theile des Ileum liegt ein 3 cm breites ringförmiges Geschwür mit zernagtem Grund und ausgefressenen verdickten Rändern, das vielfach bis fast auf die Serosa in die Tiefe reicht. Eine kurze Strecke darauf folgt ein ähnliches aber kleineres, in dessen Höhe der Darm 4.5 cm weit ist, während er dicht oberhalb 6,5 cm maass. Etwa 30 cm tiefer erreicht der Darm eine Weite von 13 cm; daselbst findet sich eine Ulceration, die in continuo die ganze Darminnenfläche einnimmt und wiederum ca. 30 cm. in Anspruch nimmt. An mehreren Stellen reisst auch hier bei leichtem Anziehen im Grunde der Geschwüre die Serosa ein. Das Darmlumen verengt sich zu 4 cm und erreicht bis zur Klappe hin an keiner Stelle eine grössere Weite als 4,5 cm. Bis zur Klappe hin liegen noch mehrere tiefe submucöse Geschwüre.

Im vorderen Douglas'schen Raum sind ziemlich reichliche Eitermassen vorhanden. Der Uterus und seine Ligamente sind vielfach durch Adhäsionen mit der Umgebung verwachsen.

Die übrigen Organe des Abdomen zeigen keine bemerkenswerthen Veränderungen.

Diagnose: Phthisis chronica apicis pulmonis utriusque. Bronchitis et Peribronchitis fibrosa. Atrophia fusca cordis. Endocarditis chronica mitralis fibrosa. Ulcera permagna tuberculosa intestini ilei. Stenoses ilei et Dilatationes superiorum partium. Perityphlitis, pericolitis apostematosa multiplex. Atrophia levis renum et lienis et hepatis. Hydrops Anasarca. Contusio cerebri. Pachymeningitis pseudomembranacea circumscripta.

So verschieden die beiden vorliegenden Fälle in ihrem Verlauf waren, so bieten sie dennoch mehrere gemeinsame Gesichtspunkte.

Beide Male war die klinische Diagnose auf so schwere tuberculöse Ulcerationsprocesse im Darm erschwert durch die Theilnahme des Bauchfelles an dem tuberculösen Process, welche im II. Falle vorwiegend in die Erscheinung trat, und deren Annahme im I. sogar durch die eigenthümlichen pathologisch-anatomischen Verhältnisse sich als vollkommen irrig erwies. Dass es sich in beiden Fällen um die an und für sich seltene Erkrankung einer primären tuberculösen Entrophthisis mit Metastasen auf dem Bauchfell und in den Lungen gehandelt hatte, hat die Intensität der Processe in den betroffenen Organen, wie sie die Sectionen zeigten, genügend dargethan. Mit besonderem Nachdruck sei aber auf die direct das Leben bedrohenden Gefahren hingewiesen, welche hochgradige Stenosen in Folge von Tuberculose der Darmwand herbeiführen können. Wenngleich die Therapie in solchen Fällen wegen der Unzugänglichkeit der verengten Stellen, die sich meistens im Ileum vorfinden, und der Malignität des Krankheitsprocesses gegenüber ohnmächtig ist, so wird dennoch die klinische Diagnose derartiger Zustände von grossem Interesse sein.

THESEN.

1. Die Anwendung der Carbolsäure in der Wundbehandlung der Kinder ist zu verwerfen.
2. Die Tracheotomie ist bei Croup und Diphtherie der Kinder selbst noch im Stadium tiefster Asphyxie, ohne Rücksicht auf das Alter der Kranken, vorzunehmen.
3. Blutentziehungen sind bei acuten fieberhaften Krankheiten der Brustorgane im Allgemeinen nicht angezeigt.

Verfasser, Otto Theodor Gustav Marsch, Sohn des verstorbenen Rectors der höheren Bürgerschule zu Potsdam, evangelischer Confession, wurde am 29. Januar 1856 zu Potsdam geboren, erhielt seinen ersten Unterricht auf der höheren Bürgerschule daselbst und besuchte von Michaelis 1865 an das Gymnasium seiner Vaterstadt, welches er Ostern 1876 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Am 29. März ej. a. als Studirender in die Kgl. med. chir. Akademie für das Militair aufgenommen, diente er vom 1. April bis 30. September 1876 bei dem Garde-Füsilier-Regiment mit der Waffe. Am 18. April 1877 trat er als Eleve in das Kgl. Friedrichs-Wilhelms-Institut über. Das Tentamen physicum absolvirte er am 16. März 1878, das Examen rigorosum am 6. Februar 1880. Am 15. Februar d. J. wurde er zum Unterarzt beim 6. Pommerschen Infanterie-Regiment No. 49 ernannt und zunächst zur Dienstleistung im Kgl. Charité-Krankenhause auf ein Jahr commandirt. Während seiner Studienzeit besuchte Verfasser die Vorlesungen, Kliniken und Curse der Herren: Bardeleben, du Bois-Reymond, Fraentzel, Frerichs, Fritsch, Gurlt, Gusserow, Hartmann, Henoch, Hirsch, Hirschberg, Hofmann, Koch, von Langenbeck, Leuthold, Lewin, Leyden, Liebreich, Limann, Mendel, Orth, Peters, Reichert, Schröder, Schweigger, Sell, Skreczka, Trautmann, Virchow, Wenzel, Westphal, Zeller. Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern stattet Verfasser hiermit seinen aufrichtigen Dank ab.